

С.А. МАРКОСЬЯН, Н.С. МАРКОСЬЯН



## ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ИЛЕИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ АБСЦЕССОМ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА, У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева,  
Медицинский институт, г. Саранск,  
Российская Федерация

В сообщении описывается клинический случай ребенка 8 лет с терминальным илеитом, осложненным абсцессом Дугласова пространства. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости был заподозрен аппендикулярный инфильтрат, в связи с чем пациентка была переведена из инфекционной больницы в детский хирургический стационар. После проведения повторного ультразвукового исследования органов брюшной полости диагноз подтвердился. Ребенку проводилась диагностическая лапароскопия, позволившая диагностировать терминальный илеит в стадии обострения, и лапароскопическая аппендэктомия. После операции девочка была переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии, где получала патогенетическую и симптоматическую терапии. Несмотря на проводимое лечение, в раннем послеоперационном периоде развился абсцесс Дугласова пространства, сопровождавшийся болью в животе, повышением температуры тела до фебрильных цифр, появлением рвоты с желчью. Проводилась повторная лапароскопическая операция, направленная на санацию и дренирование полости гнойника. В послеоперационном периоде дополнительно осуществлялась стимуляция перистальтики кишечника, проводилось физиотерапевтическое лечение, корректировалась антибактериальная терапия. В результате проведенного лечения состояние девочки улучшилось. Пациентка была переведена в другое медицинское учреждение для оказания ей высокотехнологичной медицинской помощи.

*Ключевые слова:* терминальный илеит, тонкая кишка, абсцесс Дугласова пространства, лапароскопия, ребенок

The report describes a clinical case of a child of 8 years old with terminal ileitis, complicated by Douglas space abscess. With performing ultrasound of the abdominal cavity organs, the appendicular infiltrate was suspected, and therefore the patient was transferred from the infectious diseases hospital to the children's surgical hospital. After a re-ultrasound examination of the abdominal organs, the diagnosis was confirmed. The child underwent diagnostic laparoscopy, which allowed diagnosing terminal ileitis in the exacerbation stage, and laparoscopic appendectomy. After the operation the girl was observed in the resuscitation and intensive care unit, in which she got pathogenetic and symptomatic therapy. Despite the treatment, carried out in the early postoperative period, Douglas space abscess developed, accompanied by the abdominal pain, increase in body temperature to febrile numbers, appearance of biliary vomiting. Repeated laparoscopic surgery was carried out, aimed at sanitation and drainage of the abscess cavity. In the postoperative period, the intestinal peristalsis was additionally stimulated, physiotherapy treatment was conducted, and antibiotic therapy was corrected. As a result of treatment, the patient's condition improved. The patient was transferred to another medical institution to provide her with high-technological medical care.

*Keywords:* terminal ileitis, small intestine, Douglas space abscess, laparoscopy, child

Novosti Khirurgii. 2019 Jul-Aug; Vol 27 (4): 475-479

The articles published under CC BY NC-ND license

Terminal Ileitis, Complicated by Douglas Space Abscess in 8-Year-Old Child

S.A. Markosyan, N.S. Markosyan



### Введение

Особое место в структуре воспалительных заболеваний тонкой кишки занимает терминальный илеит [1]. В детской хирургической практике эта патология встречается довольно редко. Общность клинической симптоматики с другими заболеваниями органов брюшной полости зачастую приводит к возникновению различных диагностических ошибок, развитию внутрибрюшных осложнений и проведению необоснованных хирургических вмешательств [2, 3, 4].

Несмотря на огромное количество диагностических методик, применяемых при данном заболевании [5, 6, 7], лапароскопия на сегодняшний день остается одним из основных методов обследования, позволяющим во всех без исключения случаях обнаружить патологические изменения в терминальном отделе подвздошной кишки, определить их характер и в последующем выработать программу дальнейших диагностических и лечебных мероприятий [8].

**Цель.** Анализ результатов диагностики и лечения осложненной формы терминального илеита у ребенка.

### Клинический случай

Девочка, 8 лет, была госпитализирована в ГБУЗ РМ «Республиканская инфекционная клиническая больница» с жалобами на повышение температуры тела до фебрильных цифр. В последующем у пациентки появились рвота, многократный жидкий стул, периодические боли в животе. В анализе крови отмечались выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, умеренное повышение скорости оседания эритроцитов, возрастание уровня С-реактивного белка. В общем анализе мочи определялись значительное количество лейкоцитов и эритроцитов, умеренное увеличение содержания белка. Учитывая данные клинического и лабораторного методов обследования, ребенку в течение всего времени пребывания в стационаре проводили антибактериальную (цефтриаксон, имипенем, ванкомицин) и симптоматическую терапию (церукал, панкреатин, неосмектин, маалокс). При УЗИ брюшной полости через 7 суток с момента возникновения заболевания заподозрен аппендикулярный инфильтрат, что явилось причиной перевода пациентки в хирургическое отделение ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница» г. Саранска.

При поступлении предъявлялись жалобы на боль в животе, тошноту, многократную рвоту. Проведенное в тот же день повторно УЗИ брюшной полости подтвердило наличие неоднородного образования в правом латеральном канале. Был выставлен предварительный диагноз: «Острый аппендицит? Инфильтрат брюшной полости?» По неотложным показаниям проводилась лапароскопия, посредством которой удалось диагностировать терминальный илеит. При панорамной видеоревизии в малом тазу в значительном количестве определялся серозный выпот. Стенка конечных отделов подвздошной кишки на протяжении около 40 см была утолщена, брюшина ее гиперемирована, при захвате инструментом кровоточила. Данный участок тонкой кишки фиксировался эмбриональными спайками к париетальной брюшине правой подвздошной ямки.

Макроскопически отмечалась отечность червеобразного отростка. При гистологическом исследовании препарата признаки хронического или активного воспаления не определялись. Объемных образований в брюшной полости и области малого таза обнаружено не было. Проводилась санация брюшной полости, лапароскопическая аппендэктомия. Выставлен послеоперационный диагноз: терминальный илеит, вторичный простой аппендицит.

После операции девочка была переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии, где на протяжении 7 суток получала антибактериальную (инванз, амикацин, ципрофлоксацин, метронидазол), гемостатическую (дицинон), инфузионную и симптоматическую терапию, гепатопротекторы (урсодез, гептрал, гепамерц), иммунопротекторы (привиджен), химиотерапевтические препараты (энтерофурил, сульфасалазин). В раннем послеоперационном периоде наблюдалось повышение температуры тела до субфебрильных и фебрильных цифр, в общем анализе крови отмечался лейкоцитоз и ускорение СОЭ, возрастание уровня острофазных белков, которые с течением времени постепенно приближались к нормальным значениям.

В соответствии с решением консилиума, проведенного через 5 суток после операции, было рекомендовано продолжить ранее начатое лечение, а с учетом положительной динамики в клиническом статусе и по данным различных методов обследования больная переведена в гастроэнтерологическое отделение. В отделении гастроэнтерологии ребенок получал инфузионную и ферментную терапию, желчегонные препараты, гепатопротекторы, энтеросептики.

После перевода пациентки в отделение гастроэнтерологии, через 8 суток после проведения оперативного вмешательства было отмечено ухудшение ее состояния. Появился болевой абдоминальный синдром в левой подвздошной области и над лоном, равномерное незначительное увеличение в размерах живота, симптомы раздражения брюшины оставались отрицательными, выслушивалась умеренная перистальтика кишечника, температура тела повысилась до фебрильных цифр, отмечалась рвота желчью и явления дизурии.

В связи с отрицательной динамикой проводился повторный консилиум, решением которого ребенок вновь был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии, где было возобновлено ранее проводимое лечение. При повторном УЗИ органов брюшной полости и КТ-исследовании с контрастированием спустя 11 суток после операции был заподозрен абсцесс Дугласова пространства (рис.).

Согласно решению консилиума, через 13 суток после проведения хирургического вмешательства девочке была выполнена диагностическая лапароскопия, при которой обращал на себя внимание адгезивный процесс в нижнем отделе брюшной полости в виде сращения сальника и петель кишечника над входом в малый таз и в правой подвздошной ямке. При ревизии кишечника определялся утолщенный терминальный отдел подвздошной кишки с



**Рис. Неоднородное гипозоногенное образование 91×84×45 мм с сетчатой структурой и гиперэхогенными включениями. Контур образования четкий, ровный, утолщен до 2 мм, средней эхогенности (абсцесс Дугласова пространства).**

участками гиперемии и налетами фибрина на протяжении 40 см от илеоцекального угла. Между маткой и прямой кишкой был обнаружен абсцесс, содержащий около 50 мл мутной жидкости. Проводилась санация и дренирование полости гноя. После операции был выставлен диагноз: недифференцированный энтероколит, терминальный илеит, абсцесс Дугласова пространства.

В послеоперационном периоде ребенок в течение 8 суток находился в отделении реанимации и интенсивной терапии, где назначалось энтеральное питание смесью Nan безлактозной, Nestle resource optimum, инфузионная и симптоматическая терапия, корригировалось антибактериальное лечение (ципрофлоксацин, цефепим, ванкорус), дополнительно осуществлялась стимуляция перистальтики кишечника 0,05% раствором прозерина, проводилось физиотерапевтическое лечение аппаратом ДМВ-терапии на область передней брюшной стенки. По данным клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования отмечалась положительная динамика, сопровождавшаяся улучшением состояния пациентки.

Для уточнения диагноза и обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи ребенок был транспортирован мобильной реанимационной педиатрической бригадой в институт педиатрии Приволжского Федерального медицинского исследовательского центра г. Н. Новгород, где дополнительно выполнялись рентгенологические (ирригография, МРТ брюшной полости) и эндоскопические (колоноскопия) методы обследования, а также назначалась антибактериальная и симптоматическая терапия. В результате проведенного об-

следования диагноз остался прежним. Больная была выписана с выздоровлением.

## Обсуждение

Представленный клинический случай демонстрирует возможности различных методов обследования в диагностике осложненной формы терминального илеита. Несмотря на повсеместное использование лабораторных и лучевых методов обследования [2, 3, 9], зачастую они имеют лишь вспомогательный характер.

На примере клинического наблюдения убедительно показано, что ультразвуковое исследование и рентгенологические методики не всегда позволяют достоверно определить характер патологических изменений в брюшной полости, что приводит к запоздалой диагностике или проведению необоснованного хирургического вмешательства. Применение лапароскопии дает возможность всесторонне интерпретировать особенности течения интраперитонеального патологического процесса, однако не предотвращает риск развития послеоперационных внутрибрюшных осложнений, связанных с проведением самой эндоскопической операции, что исключает абсолютную диагностическую значимость данной методики в диагностике осложненных форм терминального илеита.

## Заключение

Таким образом, описанное клиническое наблюдение демонстрирует сложность диагностики и лечения терминального илеита, осложненного абсцессом Дугласова пространства. Используемый арсенал диагностических и лечебных методов не всегда ведет к достижению желаемого результата. Данные литературы свидетельствуют о достаточно редком развитии вышеуказанного осложнения при терминальном илеите, что явилось одним из основных побуждающих факторов рассмотрения этого неординарного случая в ракурсе актуальных проблем абдоминальной хирургии.

## Конфликт интересов

Авторы заявляют, что конфликт интересов отсутствует.

## Одобрение комитета по этике

Исследование одобрено этическим комитетом Медицинского института Национального исследовательского Мордовского государственного университета им. Н.П. Огарева.

## Согласие

Представлено согласие законного представителя ребенка, не достигшего возраста 15 лет, на представление описания клинического случая в печати и интернете с научной и образовательной целями.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ожегов ЕВ, Животова ЕЮ, Лебедько ОА, Флейшман МЮ, Алексеенко СА, Тимошин СС. Состояние пролиферативных процессов и выраженность оксидативного стресса в слизистой оболочке подвздошной кишки при болезни Крона. *Бюл Эксперим Биологии и Медицины*. 2011;152(10):400-403.
2. Левченко СВ, Самсонова НГ, Орлова НВ, Павлов МВ, Карпеева АА, Лукин МА. Лучевая диагностика болезни Крона. *Эксперим Клин Гастроэнтерология*. 2014;(7):38-44. <https://elibrary.ru/item.asp?id=22565513>
3. Собко ВЮ, Карпенко АК, Шукина ОБ, Дементьева ТВ, Богданова ЕО. МРТ-семиотика болезни Крона. *Мед Визуализация*. 2013;(4):54-60. [http://vidar.ru/Article.asp?fid=MV\\_2013\\_4\\_54](http://vidar.ru/Article.asp?fid=MV_2013_4_54)
4. Татьяна ОФ, Потапов АС, Намазова-Баранова ЛС, Цимбалова ЕГ, Кучеренко АГ. Возможности кальпротектина в диагностике воспалительных заболеваний кишечника у детей. *Вопр Диагностики в Педиатрии*. 2009;1(1): 42-48. <https://elibrary.ru/item.asp?id=12861661>
5. Степанов ЮМ, Псарьова ИБ. Роль біомаркерів у діагностиці хронічних запальних захворювань кишечника. *Гастроентерологія*. 2017;51(1):56-63. doi: 10.22141/2308-2097.51.1.2017.97872
6. Будзак ИЯ. К вопросу о дифференциальной диагностике воспалительных и функциональных заболеваний кишечника. *Гастроентерологія*. 2013;(2):81-85. <https://docplayer.ru/59957745-K-voprosu-o-differencialnoy-diagnostike-vospalitelnyh-i-funkcionalnyh-zabolevaniy-kishechnika.html>
7. Adamek HE, Schantzen W, Rinas U, Goyen M, Ajaj W, Esser C. Ultra-high-field magnetic resonance enterography in the diagnosis of ileitis (Neo-)terminalis: a prospective study. *J Clin Gastroenterol*. 2012 Apr;46(4):311-16. doi: 10.1097/MCG.0b013e31822fec0c
8. Меге Д, Панис И. Лапароскопическая хирургия в лечении воспалительных заболеваний кишечника. *Колопроктология*. 2018;(2):14-24. <https://elibrary.ru/item.asp?id=35085420>

## Адрес для корреспонденции

430032, Российская Федерация,  
г. Саранск, ул. Ульянова, д. 26 а,  
Национальный исследовательский Мордовский  
государственный университет им. Н.П. Огарева,  
Медицинский институт,  
кафедра факультетской хирургии  
с курсами топографической анатомии  
и оперативной хирургии,  
урологии и детской хирургии,  
тел. моб. +79176990604,  
e-mail: markosyansa@mail.ru,  
Маркосьян Сергей Анатольевич

9. Дуброва СЭ, Сташук ГА. Возможности лучевых методов в диагностике воспалительных заболеваний кишечника. *Альм Клин Медицины*. 2016 Авг-Сент;44(6):757-69. doi: 10.18786/2072-0505-2016-44-6-757-769

## REFERENCES

1. Ozhegov EV, Zhivotova EYu, Lebed'ko OA, Fleishman MYu, Alekseenko SA, Timoshin SS. Sostojanie proliferativnyh processov i vyrazhennost' oksidativnogo stressa v slizistoj obolochke podvzdoshnoj kishki pri bolezni Kрона. *Bjul Jeksperim Biologii i Mediciny*. 2011;152(10):400-403. (in Russ.)
2. Levchenko SV, Samsonova NG, Orlova NV, Pavlov MV, Karpeeva AA, Lunin MA. Radiological small bowel imaging in Crohn's disease patients. *Eksperim Klin Gastroenterologiya*. 2014;(7):38-44. <https://elibrary.ru/item.asp?id=22565513> (in Russ.)
3. Sobko VYu, Karpenko AK, Shchukina OB, Dementeva TV, Bogdanova EO. MRI Semiotics of Crohn's Disease. *Med Vizualizatsiya*. 2013;(4):54-60. [http://vidar.ru/Article.asp?fid=MV\\_2013\\_4\\_54](http://vidar.ru/Article.asp?fid=MV_2013_4_54) (in Russ.)
4. Tatjanina OF, Potapov AS, Namazova-Baranova LS, Tsimbalova YeG, Kucherenko AG. Calprotectin in diagnostics of the inflammatory bowel diseases in children. *Vopr Diagnostiki v Peditrii*. 2009;1(1): 42-48. <https://elibrary.ru/item.asp?id=12861661> (in Russ.)
5. Stepanov IuM, Psar'ova IB. Rol' biomarkeriv u diagnostitsi khronichnikh zapal'nikh zakhvoriuvan' kishhechnika. *Gastroenterologiya*. 2017;51(1):56-63. doi: 10.22141/2308-2097.51.1.2017.97872 (in Russ.)
6. Budzak Ia. On the problem of differential diagnosis of inflammatory and functional bowel diseases. *Gastroenterologiya*. 2013;(2):81-85. <https://docplayer.ru/59957745-K-voprosu-o-differencialnoy-diagnostike-vospalitelnyh-i-funkcionalnyh-zabolevaniy-kishechnika.html> (in Russ.)
7. Adamek HE, Schantzen W, Rinas U, Goyen M, Ajaj W, Esser C. Ultra-high-field magnetic resonance enterography in the diagnosis of ileitis (Neo-)terminalis: a prospective study. *J Clin Gastroenterol*. 2012 Apr;46(4):311-16. doi: 10.1097/MCG.0b013e31822fec0c
8. Mege D, Panis Y. Laparoscopic surgery for inflammatory bowel disease. *Koloproktologiya*. 2018;(2):14-24. <https://elibrary.ru/item.asp?id=35085420> (in Russ.)
9. Dubrova SE, Stashuk GA. The potential of radiologic procedures in the diagnosis of inflammatory bowel disease. *Al'm Klin Meditsiny*. 2016 Avg-Sent;44(6):757-69. doi: 10.18786/2072-0505-2016-44-6-757-769 (in Russ.)

## Address for correspondence

430032, The Russian Federation,  
Saransk, Ulyanov Str., 26a,  
National Research Ogarev  
Mordovia State University,  
Institute of Medicine,  
Department of the Faculty Surgery  
with the Courses of Topographic Anatomy and  
Operative Surgery, Urology and Pediatric Surgery.  
Tel. mob. +79176990604,  
e-mail: ru»markosyansa@mail.ru,  
Sergey A. Markosyan

**Сведения об авторах**

Маркосьян Сергей Анатольевич, д.м.н., доцент, профессор кафедры факультетской хирургии с курсами топографической анатомии и оперативной хирургии, урологии и детской хирургии, Медицинский институт, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, г. Саранск, Российская Федерация.

<http://orcid.org/0000-0002-9876-4433>

Маркосьян Наталья Сергеевна, к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с курсами эпидемиологии, фтизиатрии, кожных и венерических болезней, Медицинский институт, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, г. Саранск, Российская Федерация.

<http://orcid.org/0000-0003-3563-1075>

**Информация о статье**

*Получена 22 декабря 2018 г.*

*Принята в печать 8 августа 2019 г.*

*Доступна на сайте 1 сентября 2019 г.*

**Information about the authors**

Markosyan Sergey A., MD, Associate Professor, Professor of the Department of the Faculty Surgery with the Courses of Topographic Anatomy and Operative Surgery, Urology and Pediatric Surgery, National Research Ogarev Mordovia State University, Institute of Medicine, Saransk, Russian Federation.

<http://orcid.org/0000-0002-9876-4433>

Markosyan Natalia S., PhD, Associate Professor of the Department of Infectious Diseases with the Courses in Epidemiology, Phthisiology, Skin and Sexually Transmitted Diseases, National Research Ogarev Mordovia State University, Institute of Medicine, Saransk, Russian Federation.

<http://orcid.org/0000-0003-3563-1075>

**Article history**

*Arrived: 22 December 2018*

*Accepted for publication: 8 August 2019*

*Available online: 1 September 2019*